

## TÖRVÉNYES KÉPVISELŐ NYILATOZATA ÉS MEGHATALMAZÁS

Alulírott,

név:	
lakcím:	
születési hely és idő:	
anyja neve:	
telefonszám:	
e-mail:	

mint,

név:	
lakcím:	
születési hely és idő:	
anyja neve:	
TAJ:	

törvényes képviselője ezúton hozzájárok, hogy fent nevezett kiskorú gyermekem a következő egészségügyi szolgáltatás(oka)t a SYNLAB Hungary Kft.-nél (1211 Budapest, Weiss Manfréd út 5-7.) igénybe vegye<sup>1</sup>:

**Meghatalmazom továbbá,**

név:	
lakcím:	
születési hely és idő:	
anyja neve:	

mint meghatalmazottat, hogy a fent nevezett kiskorú gyermekem által a fent nevezett egészségügyi szolgáltatás igénybevétele alatt jelen legyen, valamint kiskorú gyermekemet a vizsgálatra elkísérje, és a vizsgálatkérő lapot aláírja. A jelen nyilatkozatomat kizárólag a fent hivatkozott egészségügyi szolgáltatás(ok)ra vonatkozóan, egyszeri alkalomra szólóan adtam ki, mely nem vonatkozik a lelet meghatalmazott általi átvételére.

Kijelentem, hogy a kiskorú gyermekem által igénybe venni kívánt vizsgálattal kapcsolatban megkaptam, elolvastam és megértettem a vonatkozó megfelelő tájékoztatást, melyre figyelemmel tudomással bírok a vizsgálatok elvégzésének előnyeiről és kockázatairól, a vizsgálat folyamatáról és költségeiről.

Kelt: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
törvényes képviselő aláírása

*Előttünk, mint tanúk előtt:*

	Tanú1
Név:	_____
Lakcím:	_____
Aláírás:	_____

	Tanú2
Név:	_____
Lakcím:	_____
Aláírás:	_____

<sup>1</sup> Igénybe venni kívánt egészségügyi szolgáltatás(ok) kitöltése kötelező!